

THÈSE

252

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Israël, Serge CORMANSCHI

Né le 6 Juin 1910 à Calarasi (Roumanie)

A propos du syndrome :

“Uvéite récidivante à hypopion”

Président : E. VELTER, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

No

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Israël, Serge CORMANSCHI

Né le 6 Juin 1910 à Calarasi (Roumanie)

A propos du syndrome :

“Uvéite récidivante à hypopion”

Président : E. VELTER, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER .. Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 CORDIER Anatomie.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGRETZ (H.) .. Physique.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARDParasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimen-
 tale.
 LENEGRE Pathologie médicale.
 M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU Obstétrique.
 TURPIN Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUE IN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 septembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Mon plus affectueux hommage.
Qu'ils croient bien que je partage leur
fierté de voir mes études couronnées
de succès.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

*En hommage à leur magnifique cama-
raderie.*

A MON PRESIDENT DE THESE,
Monsieur le Professeur VELTER *,
Professeur de Clinique ophtalmologique

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.*

A MES MAITRES
de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de plein exercice
de Tours

Monsieur le Professeur GUILLAUME-LOUIS
Directeur de l'Ecole,
Professeur d'Anatomie,
Professeur de Clinique chirurgicale.

Monsieur le Professeur FAIX
Professeur de Clinique obstétricale

Monsieur le Professeur COSSE
Professeur de Clinique ophtalmologique.

Monsieur le Docteur Jean MAGNAN
Chef de Service d'oto-rhino-laryngologie

*qui m'a toujours accordé une amitié
bienveillante.*

A Monsieur le Médecin-Commandant F. DEMIMUID,
Médecin-Chef du Groupe Sanitaire Divisionnaire N° 15
aux Armées,

*En témoignage de mon bien respectueux
attachement.*

A MES CHEFS ET CAMARADES du G. S. D. N° 15

En hommage à leur franche amitié.

INTRODUCTION

Nous avons trouvé dans la littérature médicale récente que l'on cherchait à individualiser un syndrome nouveau : uvéite récidivante à hypopion s'accompagnant d'ulcérations génitales et d'aphtes de la bouche.

Sans pouvoir apporter des preuves absolues de son existence, cette publication nous a d'autant plus intéressé que nous avons observé, quelques mois avant les hostilités, un cas analogue à ceux cités par WEEKERS et Mlle REGINSTER dans le *Liège Médical* du mois de décembre 1939.

Nous nous proposons donc, après avoir présenté et examiné de près l'étiologie et la pathogénie des iritis accompagnées de manifestations cutanées et muqueuses et des iritis récidivantes à hypopion, de fixer les possibilités d'une parenté entre les deux affections, malgré les observations trop rares que nous signalons.

I. — LES IRITIS

Les iritis en général possèdent une symptomatologie et une étiologie très étendues. Nous nous bornerons à les décrire très rapidement, notre but essentiel étant de démontrer la parenté des iritis en général avec les iritis récidivantes à hypopion, et la coexistence des ulcérations : vulvaires, scrotales et buccales avec ces affections.

Inflammation de l'iris, c'est-à-dire d'un tissu essentiellement vasculaire, l'iritis est caractérisée par une symptomatologie classique :

Congestion de l'œil non totale, siégeant au pourtour de la cornée, c'est l'injection périkeratique. Cette rougeur diminue d'intensité en s'éloignant du limbe, donc très différente de celle de la conjonctivite, qui est une injection s'étendant à toute la muqueuse conjonctivale.

Myosis : la pupille est petite, comme bloquée, contractée et souvent déformée.

En utilisant quelques gouttes d'une solution d'atropine, afin d'examiner le réflexe pupillaire, on observe trois faits :

a) La dilatation de la pupille est incomplète, mais régulière, devenant complète en quelques jours.

b) La dilatation est totale en certains points, mais d'autres sont déjà accrochés à la face postérieure de la cornée (synéchies), ce qui donne une déformation pupillaire.

c) Il n'y a aucune dilatation, et ce fait prouve que l'affection est très avancée.

La douleur, un des signes les plus marqués de l'iritis, est très violente dans les iritis rhumatismales et plus modérée dans les iritis insidieuses.

La tension oculaire est normale ou abaissée; l'unilatéralité est presque toujours constante.

Parmi les complications les plus importantes, citons la formation de synéchies, qui entraînent une déformation pupillaire irréductible; les troubles de l'acuité visuelle, qui ne manquent jamais, et, enfin, la douleur à l'accommodation (asthénopie).

Passons en revue maintenant les différentes causes des iritis.

Le rhumatisme articulaire aigu est une des causes les plus fréquentes; le tiers de la totalité des iritis relève certainement de cette origine. Cette forme rhumatismale est surtout caractérisée par la douleur insupportable que ressent le malade.

La syphilis, une des causes principales de l'iritis, se présente souvent sous forme d'iritis plastique. Cette affection est caractérisée par les douleurs atténuées, par sa réaction locale modérée, la tendance aux exsudats qui occupent la chambre antérieure, et par la formation rapide des synéchies. C'est, en somme, une forme subaiguë.

En examinant l'iris à l'aide d'un microscope cornéen et d'une lampe à fente, on peut observer quelquefois des petites néoformations siégeant sur le bord pupillaire et ayant une grosseur d'une petite tête d'épingle. Ce sont de véritables condylomes embryonnaires, tout à fait caractéristiques de l'iritis d'origine syphilitique.

D'autres fois, on peut découvrir par le même procédé la présence de petites saillies jaune-rougeâtres de la dimension d'un grain de millet, et recouvertes d'un exsudat blanchâtre. Ce sont de petites gommès ramollies, non moins caractéristiques de cette affection.

Ces deux derniers signes locaux suffisent généralement à établir le diagnostic de l'iritis d'origine syphilitique.

A côté de la syphilis, mentionnons les iritis dites « séreuses ». Elles sont caractérisées par la moindre tendance à la formation d'adhérences et par la présence, à la surface postérieure de la cornée, de précipités, bien visibles à l'éclairage oblique; on les rencontre dans la blennorragie, le rhumatisme, quelquefois aussi dans la tuberculose.

La tuberculose de l'iris se présente sous trois formes :

1° la forme miliaire; 2° la forme confluyente; 3° la forme inflammatoire.

Il faut aussi mentionner l'iritis tuberculeuse torpide, affection assez fréquente, dont le diagnostic causal reste souvent imprécis; elle peut passer inaperçue, car elle s'établit sans douleurs. Peut-être faudrait-il incriminer la tuberculose plus souvent qu'on ne le fait.

A l'opposé de cette forme torpide, est l'iritis blennorragique, essentiellement aiguë. Elle est très intense; on constate la présence de dépôts fibrineux dans la chambre antérieure.

Mais, à part ces formes très caractérisées, qui forment d'ailleurs les 80% des causes d'iritis, nous ne pouvons le plus souvent que soupçonner la cause de l'affection, en recherchant la coexistence d'autres symptômes généraux ou en procédant par exclusion.

Avant de terminer, disons quelques mots des iritis traumatiques.

Souvent, après une opération de cataracte, on voit s'établir une iritis qu'on suppose d'origine exogène. Cet accident rare s'observe presque toujours chez les sujets dont l'état général est déficient. Quant aux sujets hérédosyphilitiques, tout traumatisme oculaire peut réveiller une iritis tardive qui, dans ce cas, n'est plus une iritis traumatique à proprement parler, mais une iritis syphilitique de nature endogène réveillée par un traumatisme.

II. — UN PREMIER SYNDROME

WEEKERS et Mlle REGINSTER viennent d'individualiser un nouveau syndrome : iritis, aphtes de la bouche, **ulcérations aiguës de la vulve** (1). Ces auteurs prouvent, également, qu'il existe une parenté entre les ulcères aigus de la bouche et de la vulve s'accompagnant d'iritis et l'iritis récidivante à hypopion.

Ayant observé nous-mêmes un cas analogue à ceux décrits par WEEKERS et Mlle REGINSTER, pendant nos visites fréquentes à la clinique des Docteurs ARMBRUSTER et MAILLARD à Troyes, nous avons cru utile de le joindre à la publication de ces auteurs, afin de prouver notre identité de vue au sujet de cette nouvelle entité clinique.

Plusieurs dermatologistes ont attiré l'attention sur un syndrome récidivant, propre à la femme, consistant **dans la triade suivante** : iritis, ulcérations vulvaires aiguës, aphtes de la bouche.

LIPSCHUTZ avait déjà signalé en 1912 l'ulcère aigu de la vulve coexistant avec des ulcérations du même genre dans la bouche, mais c'est CAROL (2), en 1928, qui chercha le premier à faire reconnaître la nouvelle entité clinique.

Le fait qui nous intéresse spécialement fut observé par

(1) *Liège Médical*, 24 décembre 1939.

(2) *Méd. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1928, I, p. 369.

PLANER et REMENOWSKY, qui ont noté une coexistence de ces manifestations muqueuses et cutanées avec une iritis bilatérale. Plusieurs publications (WHITWELL, BEHÇET) ont confirmé ce fait.

Retenons également que quelques dermatologistes ont observé, chez des hommes cette fois-ci, des aphtes, de l'iritis, des ulcères aigus du scrotum ayant les mêmes caractères que les ulcères vulvaires.

WHITWELL, (1) relate trois observations de cette maladie, dont deux chez des femmes. Le troisième cas se rapporte à un homme présentant, en même temps que des ulcères récidivants de la bouche et du scrotum, des atteintes d'iritis se répétant tous les dix ou vingt jours. Malgré le traitement antisyphilitique chez ce malade, dont la réaction de Bordet-Wassermann fut positive, le résultat fut peu concluant.

BEHÇET (2) publie deux observations. Dans l'une, il s'agit d'un homme de 40 ans qui souffrait d'ulcère récidivant de la bouche et du scrotum, coïncidant avec des atteintes d'iritis. Dans l'autre, il s'agit d'une femme de 34 ans présentant la triade caractéristique.

D'après CAROL et MICHAELIS, le syndrome qu'ils décrivent chez la femme est lié aux menstrues.

Mentionnons donc la très intéressante observation publiée par WEEKERS et Mlle REGINSTER, qui a trait à une

(1) WHITWELL, recurrent buccal and vulval ulcers with associated embolic phenomena in the skin and eyes. *Brit Journ. Dermat. and Syph.*, 46, octobre 1934, p. 414; *Analyse arch. d'opht.*, 1937, p. 946.

(2) BEHÇET, Ueber recidivierende aphtöse, durch ein virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an den Genitalien. *Dermatol. Wochensh.*, sept. 1937, N° 36, p. 1152.

femme présentant le syndrome : ulcération de la vulve et de la muqueuse buccale et iritis concomitante, afin de bien prouver que ce fait, quoique peu connu, n'est pas fortuit.

OBSERVATION I

H... Julie, 29 ans. Rien d'intéressant à retenir de ses antécédents héréditaires. A subi une ovariectomie droite pour kyste. Mari interné pour démence précoce. Trois enfants : un a été soigné pour ostéomyélite, un autre pour une pyélite. Elle-même a un tempérament névropathique très accusé. Périodiquement, depuis longtemps, elle a des aphtes de la bouche.

En août 1934, la malade a présenté deux petites plaies des grandes lèvres qui guérissent en huit jours. En janvier 1936, apparaît une plaie assez étendue des petites lèvres, qui a laissé subsister une perforation cicatricielle.

La malade aurait eu une congestion pulmonaire en juillet 1935.

L'affection oculaire a débuté à l'œil gauche, en novembre 1935. L'œil droit s'est entrepris quatre mois après. Depuis cette époque, la malade présentait des rechutes, souffrant tantôt d'un œil, tantôt de l'autre, sans que l'on ait pu améliorer son état.

Sans qu'il y ait eu une coïncidence étroite avec les atteintes oculaires, on constate des aphtes de la bouche et des ulcérations vulvaires récidivantes.

A son premier examen, la vision de la malade était diminuée. Les yeux étaient légèrement injectés; il existait quelques synéchies postérieures. Milieux oculaires troubles. La vision périphérique était normale; il existait à chaque œil un scotome central.

Au moment des récidives, l'acuité visuelle baisse parfois considérablement, au point que l'œil atteint compte seule-

ment les doigts à 50 cm. Pendant les accès, l'iris se congestionne; les synéchies tendent à se reformer; les milieux se troublent davantage. Quand l'accès est important, il se produit de l'œdème de la cornée, quelques précipités à la face profonde de la cornée et de l'hypopion qui persistent pendant quelques jours. Après les attaques, la situation tend à se rétablir insensiblement.

La malade a fait à différentes reprises l'objet d'un examen général complet. La santé paraît florissante mais les explorations radiologiques des poumons montrent des lésions des sommets suspectes de tuberculose. Les urines sont normales. Le B. W. est négatif. La tension artérielle est 14,5-10.

Comme traitement local, la malade a été maintenue d'une façon presque permanente sous l'action de l'atropine. Divers traitements généraux ont été tentés : injection intra-veineuse de Septicémie et Iodaseptine, injections intra-musculaires d'antigène méthylé et de sels d'or, administration per os de Prontosyl Bayer. Parfois, ces traitements ont donné l'impression de produire une rémission de la maladie; aucun n'a abouti à la guérison.

La transfusion sanguine n'a pas été faite.

WEEKERS et Mlle REGINSTER viennent donc de nous montrer que leur malade est atteinte d'une iritis dont la cause paraît difficile à déterminer. En effet, l'absence d'un B. W. positif et d'autres signes, tels que : manifestations syphilitiques cutanées, nerveuses ou vasculaires qui, à eux seuls, auraient pu permettre de poser le diagnostic d'iritis d'origine syphilitique, nous incite à penser que la cause de cette affection siège sans doute dans un autre domaine.

Nous savons, par ailleurs, combien il est parfois malaisé de rattacher l'iritis à une cause exacte. Il est évident que les signes de tuberculose pulmonaire, décelée par l'examen radiologique, et la présence de précipités à la face profonde de la cornée, pourraient nous faire penser à des végétations tuberculeuses et, par consé-

quent, à une iritis déterminée par les toxines tuberculeuses.

Malheureusement, les divers traitements antituberculeux appliqués à cette malade n'ont pas donné de résultats concluants. Mais ce qui pourra peut-être nous guider davantage vers une étiologie exacte, c'est la coexistence des phénomènes cutanés et muqueux, cette triade caractéristique qui nous intéresse tout particulièrement ne possédant nullement un caractère tuberculeux.

Éliminons également l'iritis métritique, ainsi dénommée par PANAS. Cette dénomination est réservée aux iritis torpides, conséquence d'une affection dyscrasique, coïncidant avec les troubles menstruels, apparaissant au moment de la ménopause. Là n'est pas le cas, puisque la malade que nous présentent WEEKERS et Mlle REGINSTER n'a que 29 ans et qu'elle continue à avoir ses règles malgré une ovariectomie subie auparavant.

Remarquons que cette affection est survenue chez un sujet dont l'état général est satisfaisant au moment de l'examen, mais dont le bilan radiologique révéla une atteinte tuberculeuse des poumons. Cette malade présente donc un terrain très favorable à toutes les affections générales.

III. — UN SECOND SYNDROME

Envisageons maintenant, en regard du nouveau syndrome décrit par les dermatologistes chez la femme, une affection oculaire rare : l'iritis récidivante à hypopion. Cette affection, d'après certains ophtalmologistes, s'observe exclusivement chez l'homme.

Ce furent NEUESCHÜLER (1) et REISS (2) qui ont les premiers décrit l'iritis récidivante à hypopion dont GILBERT (3), dans la suite, a réuni plusieurs observations. Citons, parmi les derniers auteurs en date qui se sont occupés de cette affection, WEVE (4), von HIPPEL (5), URBANEK (6), ADAMANTIADIS (7), et BLOBNER (8).

Voici très brièvement ci-après le tableau de la maladie tel qu'il est décrit par WEVE :

Cette affection s'observe chez des sujets du sexe masculin âgés de 30 à 45 ans, parfaitement sains en apparence mais qui auraient présenté auparavant une maladie infectieuse localisée à l'une ou l'autre partie du corps, plus particulièrement aux articulations.

(1) NEUESCHÜLER, Nagels Jahresber, 1898, cité par BLOBNER, *Zeitsch. f. Augenh.* Bd. 91, 1937, p. 129.

(2) REISS, *Klin. Monatsblatt für Augenh.*, Vol. 44, II, p. 203, 1906.

(3) GILBERT, *Arch. f. Augenh.* Bd. 87, 1921, p. 27.

(4) WEVE, *Arch. f. Augenh.* Bd. 93, p. 14.

(5) VON HIPPEL, *Arch. f. Ophtalm.* Bd. 128, 1932, p. 272.

(6) URBANEK, *Zeitsch. f. Augenh.* Bd. 83, 1934, p. 357.

(7) ADAMANTIADIS, *Annales d'Oculistiques*, 1931, p. 271.

(8) BLOBNER, *Zeitsch. f. Augenh.* Bd. 91, 1937, p. 129.

Les manifestations oculaires procèdent par accès se répétant pendant des années avec intervalles allant de un à plusieurs mois, avec cette particularité, cependant, que l'intervalle de un mois est le plus fréquent.

Le symptôme le plus apparent qui caractérise l'accès est la brusque apparition d'un hypopion; on constate en même temps un trouble du vitré. En quelques jours, avec une rapidité surprenante, l'hypopion s'évanouit. Le vitré met plus longtemps à s'éclaircir.

Parallèlement, l'acuité visuelle subit des alternatives de chute et d'amélioration, mais d'accès en accès la vision faiblit pour aboutir à l'amaurose.

Dans certains cas l'acuité visuelle baisse précocement; on observe des lésions rétiniennes ou de la névrite optique (scotome central). Cette névrite serait secondaire. Parfois, cependant, on constate, dès la période initiale, un rétrécissement du champ visuel et de l'atrophie optique. L'affection est bilatérale. Les deux yeux sont atteints, tantôt séparément, tantôt simultanément. La cécité est ici encore l'aboutissement fatal.

WEVE insiste sur la coexistence fréquente chez ces malades de symptômes infectieux autres que les manifestations oculaires (arthrite, sinusite maxillaire, infections dentaires, érythèmes noueux, furoncles, abcès sous-cutanés, pyodermie).

Cet auteur insiste sur le fait que cette affection est l'apanage exclusif du sexe masculin; il rejette automatiquement toutes les observations ayant trait à une affection semblable chez la femme, telle que l'observation de TROUSSEAU, parce qu'il s'agit d'une femme et que les atteintes oculaires coïncident avec les menstrues.

Nous mentionnons ci-après une observation de WEEKERS et Mlle REGINSTER d'un malade du sexe masculin qui nous intéresse tout particulièrement. En effet, ce malade, qui souffre d'une iritis récidivante à hypopion bien caractérisée, présente ceci de remarquable, qu'en plus des atteintes d'iritis, on observe chez lui des aphthes de la bouche et des ulcérations cutanées de la région génitale, de sorte qu'il nous offre en réalité la triade caractéristique du nouveau syndrome décrit récemment par les dermatologistes chez la femme.

Nous ne pensons pas que la coexistence de ces différents symptômes chez l'homme ne soit due qu'à une coïncidence; WEEKERS et Mlle REGINSTER l'ont observé dans un autre cas. Cette triade caractéristique se retrouve aussi dans deux observations faites l'une par ARMAN-TIADES, l'autre par BLOBNER et, nous-mêmes, nous sommes en mesure de présenter dans ce travail une observation personnelle recueillie dans la clinique des Docteurs ARMBRUSTER et MAILLARD, de Troyes. Il n'y a aucun doute qu'une fois l'attention retenue, les observations de ce genre se multiplieront.

Voici tout d'abord l'observation du malade de WEEKERS et Mlle REGINSTER :

OBSERVATION II

Th... Henri, 27 ans. Rien à signaler sur ses antécédents héréditaires. A souffert pendant toute son enfance d'une affection cutanée qui n'a pas laissé de trace. Sa femme est morte de tuberculose pulmonaire.

A l'examen du malade. WEEKERS et Mlle REGINSTER lui trouvent :

Ceil gauche : injection ciliaire modérée. Pupille bien dilatée par l'atropine. Traces de synéchies postérieures. Milieux très troubles. Ophthalmotonus normal. L'œil droit est normal.

L'examen radiologique montre de la cortico-pleurite des sommets des poumons. On constate des lésions bien caractérisées d'érythème noueux à la face interne de la jambe gauche. Pour le reste, toutes les explorations, y compris le B-W, sont négatives.

Le malade raconte lui-même que depuis dix ans il a présenté des aphtes de la bouche à différentes reprises, mais à des intervalles très éloignés.

On apprend aussi, en l'interrogeant spécialement sur ce point, que de temps à autre il présente dans la région génitale, au périnée ou à la face interne des cuisses et des fesses, de petites lésions cutanées qui le gênent très peu et guérissent seules. On constate qu'il s'agissait de lésions sans caractères particuliers, constituées primitivement par de petites papules saillantes s'ulcérant secondairement.

A de très nombreuses reprises, après des intervalles variables, on a pu observer chez ce malade, soumis périodiquement à un examen attentif, des poussées d'uvéite à hypopion à l'œil gauche, tout à fait typiques. Les lésions se sont progressivement aggravées et le globe est devenu atrophique.

Par deux fois, l'œil droit a présenté des atteintes de l'affection s'accompagnant d'hypopion.

L'antigène méthylique, les sels d'or, ont paru complètement inefficaces. Depuis six mois, le malade prend six comprimés par jour de Prontosyl Bayer, depuis lors, aucune atteinte ne s'est plus produite.

Retenons ici, comme dans la première observation, le fait que le malade présentait des atteintes de tuberculose aux deux sommets, ainsi que des érythèmes noueux à la jambe gauche.

En outre, sa mère était décédée de tuberculose pulmonaire, et lui-même avait signalé, pendant toute son enfance, une affection cutanée qui n'a pas laissé de traces.

Nous faisons donc remarquer à nouveau que l'affection dont souffre ce malade n'est pas survenue chez un sujet parfaitement sain; il y aura donc ultérieurement des réserves à faire quant à la cause de cette affection.

Voici maintenant l'observation personnelle que nous avons pu recueillir dans une clinique de Troyes :

OBSERVATION III

Jean T..., 19 ans, étudiant en droit, venu en vacances. En avril 1938, le malade est vu pour la première fois.

Comme antécédents héréditaires : père traité à 20 ans pour une syphilis primaire.

Rien à signaler comme antécédents personnels.

A l'examen^e : œil droit : injection ciliaire intense. Pupille se dilatant mal à l'atropine. Hypopion peu important; léger trouble cornéen.

VOD = 1/50; milieux profonds très difficilement visibles, troubles.

Tension oculaire, prise au Schiotz : peu diminuée. B.W : négatif.

Scopie pulmonaire négative.

Urines normales.

Autres appareils : normaux.

A l'interrogatoire, ce jeune homme avoue spontanément se fatiguer outre mesure, s'enivrer fréquemment et se livrer à des excès sexuels.

Il présente, effectivement, une grande pâleur, des traits tirés, et déclare avoir maigri dans de notables proportions.

Poussant l'examen général un peu plus loin, nous avons pu constater la présence de petites ulcérations périnéales et scrotales sans caractère particulier. Ces ulcérations l'inquiètent, dit le malade, mais ne le gênent guère. Il déclare alors avoir présenté également, à des reprises différentes, des poussées aphteuses dans la bouche, attribuant celles-ci au tabac.

Le traitement institué est : le repos général, un traitement spécifique (mercure et bismuth alternés). Localement, pommades aux Vitamines B+C, tube Blache et Organo-Bismuth, Atropine tube Blache, chacune deux fois par jour.

De plus : vaccin Renard N2, saignée à la tempe droite.

L'hypopion disparaît en deux jours et la pupille redevient normale en une semaine.

Trois mois plus tard, ce jeune homme revient en vacances et se présente à la clinique, pour une nouvelle poussée d'iritis. Le tableau clinique local est le même, moins accusé cependant au point de vue fonctionnel. En revanche, le malade se plaint en même temps d'une gorge « à vif », selon son expression; la voûte du palais et les piliers sont effectivement tapissés d'aphtes et sont d'une sensibilité extrême à tout contact. Les ulcérations scrotales, après avoir complètement disparu, font leur réapparition; mais sont toujours aussi minimes et d'apparence banale.

Le même traitement est repris. La guérison est rapide sans séquelles (la vision reste à 8/10).

En mars 1939, le jeune homme demande par lettre des conseils, car, dit-il, « sa vision à l'œil droit se trouble à nouveau, et il souffre de violentes douleurs orbitaires droites ». On conseille l'arrêt des études et la venue anticipée chez les parents.

Le malade revient à la clinique. Le tableau est, cette fois, plus sévère, et l'on apprend que les excès de tous genres ont repris, tandis que le conseil reçu de continuer le traitement anti-syphilitique n'a pas été suivi. Deux mois sont nécessaires pour calmer cette troisième poussée : il persiste une synéchie postérieure et l'acuité s'abaisse définitivement à 6/10, tandis que les milieux profonds sont encore troubles à l'ultime examen qui a lieu fin mai.

Les vacances de juillet surviennent, et nous n'avons plus de nouvelles de ce malade.

Ici comme ailleurs, notons qu'il est très malaisé de rattacher cette affection à une étiologie précise. Notre malade a bien vu décroître l'intensité de ses accès grâce au traitement spécifique. Mais rien n'a permis jusqu'ici, ni les antécédents, ni les différents examens de laboratoire,

d'établir un diagnostic d'iritis syphilitique. N'y a-t-il pas lieu de croire plutôt que ce sont les excès répétés qui lui ont occasionné la récurrence?

Il est intéressant de remarquer qu'après chaque période de repos, son état s'améliorait notablement.

Quelle est l'origine de l'iritis récidivante à hypopion?

Voici ce qu'en pensent la plupart des auteurs qui ont fait paraître des publications à ce sujet.

Tout d'abord, l'état général dans cette affection paraît indemne. ROTNES (1) a publié récemment une étude spéciale sur la coexistence, avec une constance remarquable, de l'iritis récidivante à hypopion avec l'érythème noueux. Rares sont les auteurs qui n'admettent pas, en effet, la nature tuberculeuse de cette lésion cutanée. Cet auteur partage également l'opinion que l'érythème noueux, à quelques exceptions près, est de provenance tuberculeuse.

On sait, en effet, que les rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose ont été signalés par les auteurs classiques, et cette question a fait, dans ces dernières années, l'objet de très nombreux travaux, en France et à l'étranger.

Ces travaux ont confirmé et précisé l'intimité de ces rapports.

Si certains auteurs se refusent à voir dans les cas d'érythèmes noueux une manifestation tuberculeuse certaine, la plupart, cependant, admettent, du moins dans

(1) ROTNES, Helsingfors, 1936, Mercators Tryckeri.

l'immense majorité des cas, l'origine tuberculeuse de cette affection cutanée.

Rappelons également que les travaux effectués ces dernières années ont montré que l'érythème noueux apparaît généralement comme une manifestation de la primo-infection tuberculeuse. D'aucuns en ont fait même une véritable manifestation d'allergie cutanée.

URBANEK, qui a constaté des lésions pulmonaires chez des sujets atteints d'iritis récidivante à hypopion, pense que cette affection serait de nature tuberculeuse.

Nous nous permettons d'émettre des doutes à ce sujet. Sans nier la possibilité de l'origine tuberculeuse de cette affection, nous objecterons le fait suivant : on sait combien, au delà d'une certaine limite, les indications radiologiques pulmonaires seules sont précaires, combien il est difficile de reconnaître par ce moyen une lésion évolutive ou torpide de certains aspects cicatriciels observés chez des sujets cliniquement normaux. De plus, en admettant même que l'iritis récidivante à hypopion puisse avoir une origine tuberculeuse, cela ne peut pas être une règle absolue, puisque le malade cité dans notre observation personnelle ne présentait aucun signe, ni radiologique, ni clinique, d'atteinte tuberculeuse.

Citons également WEVE, pour qui la localisation oculaire, ainsi que les lésions des muqueuses, de la peau, des dents, des articulations, etc., seraient dues au staphylocoque.

Signalons à ce propos que la culture et l'inoculation du pus de l'hypopion à l'animal ont été négatives (URBANEK, ADAMANTIADIS).

Les glandes endocrines ne jouent-elles pas un rôle dans la genèse de l'affection?

Les dermatologistes ayant observé une coïncidence assez étroite entre les diverses manifestations cliniques (iritis, aphtes, ulcères vulvaires) et les menstrues, leur attribuent une provenance endocrinienne.

Cette théorie est combattue par WEEKERS et Mlle REGINSTER. Ils émettent des doutes à ce sujet parce que les différentes manifestations cliniques relatées dans leurs observations ne concordent pas toujours avec les menstrues.

Cela n'exclut pas, toutefois, l'hypothèse que les modifications humorales accompagnant les menstrues ne puissent jouer un certain rôle.

Enfin, on a pu voir dans cette affection une réaction allergique, et c'est sous le nom de « uvéite allergique récidivante à hypopion » que WEEKERS et Mlle REGINSTER ont désigné cette affection.

Nous nous permettons de faire quelques réserves au sujet de l'origine allergique de cette uvéite.

Rappelons, tout d'abord, que l'allergie et l'hypersensibilité que montre un organisme infecté par un microbe à ce même microbe et à ses toxines.

Ainsi, d'après des travaux récents, on sait que la primo-infection tuberculeuse peut créer un terrain allergique. L'érythème noueux en serait, justement, une manifestation. D'autre part, il n'est pas impossible que l'organisme, après une première infection, se crée une hypersensibilité à plusieurs microbes, et non plus à un seul.

Il n'est pas absolument indispensable que ce soient les microbes ou leurs toxines qui créent une hypersensibilité d'un organisme; certaines albumines non digérées, par exemple, peuvent provoquer, à elles seules,

une manifestation allergique. Or, le bacille de Koch, dont WEEKERS et Mlle REGINSTER font l'agent le plus commun du terrain allergique, ne saurait être incriminé à coup sûr parmi les causes déterminant l'iritis récidivante à hypopion.

Parce que : 1° la coexistence de lésions pulmonaires tuberculeuses avec une iritis récidivante à hypopion n'est pas démontrée. WEEKERS et Mlle REGINSTER admettent, eux-mêmes, que les signes radiologiques pulmonaires, au delà d'une certaine limite, sont précaires, et qu'il est difficile de reconnaître par ce moyen une lésion évolutive ou torpide, de certains aspects cicatriciels observés chez des sujets cliniquement normaux. Autrement dit, ils n'ont pas constaté cette affection oculaire chez des sujets en pleine évolution de tuberculose pulmonaire.

2° Des examens anatomiques qui ont été pratiqués après énucléation (WEVE, BLOBNER) n'ont pas décélé les lésions caractéristiques de la tuberculose.

3° Les résultats de la cuti-réaction tuberculeuse ne sont pas mentionnés dans la publication de WEEKERS et Mlle REGINSTER.

Donc,

1° ce qui est sûr : chez tous les malades dont on a rapporté l'observation, on constate : déficience générale, d'origine digestive ou glandulaire;

2° ce qu'on peut supposer : a) déclenchement du syndrome lorsque cette déficience dépasse un certain seuil; b) la nature intime du syndrome n'est donc pas infectieuse, mais liée à un déséquilibre humoral; et son dé-

clanchement est en quelque sorte automatique dans certaines conditions. Nous donnerons ainsi une importance très grande à la dyscrasie et au terrain héréditaire.

*
**

Nous serons très brefs en ce qui concerne le traitement général de l'iritis récidivante à hypopion, nos connaissances à ce sujet étant peu avancées.

Le traitement par la tuberculine ou par les sels d'or paraît inopérant. Le traitement antisypilitique n'a pas toujours donné les résultats espérés.

La chimiothérapie par les phénilamines sulfamidés, qui a été mentionnée par WEEKERS et Mlle REGINSTER, a donné dans l'un des deux cas relatés par eux plus haut un résultat, paraît-il, très manifeste.

IV. — S'AGIT-IL DU MEME SYNDROME?

Nous venons d'envisager, dans les pages qui précèdent, deux affections qui ont été décrites séparément : d'une part les ulcères aigus récidivants de la bouche et de la vulve s'accompagnant de poussées d'iritis, d'autre part, l'iritis récidivante à hypopion. WEEKERS et Mlle REGINSTER se demandent s'il n'y aurait pas lieu de faire un rapprochement entre les deux, ou s'il n'existe pas, au moins, un certain degré de parenté.

Nous pensons, comme eux, qu'il s'agit en réalité de la même maladie.

En confrontant la documentation qui concerne les deux affections et, surtout, en examinant les observations de WEEKERS et Mlle REGINSTER, nous croyons, en effet, qu'il existe une parenté très étroite entre ces deux syndromes, si différents à première vue.

Il nous est malheureusement impossible d'apporter ici une conviction formelle : nous n'avons pu recueillir qu'une seule observation qui, se rapportant à un sujet du sexe masculin, n'envisage, comme nous l'avons vu, qu'un côté de la question.

Par une tendance fort compréhensible, dermatologistes et ophtalmologistes se sont en quelque sorte ignorés. Les uns ont insisté surtout sur la description des lésions des muqueuses et de la peau. Les autres ont négligé quel-

que peu ces mêmes lésions qui sont peu apparentes, bénignes, ne provoquant guère de troubles; leur attention a été surtout retenue par les lésions oculaires qui sont autrement graves.

A l'appui du rapprochement que nous venons de faire, nous présentons les considérations suivantes :

Tout d'abord, en ce qui concerne les ulcérations récidivantes du scrotum, les ulcérations vulvaires aiguës, les aphtes, l'étiologie est assez obscure; nous ne possédons, en effet, aucune information étiologique certaine.

Différents agents microbiens (*Bacillus crassus*, virus spécifique de Behçet, etc.) ont été incriminés.

Mentionnons en passant que JODASSOHN (Cf. DARRIER, *Précis de Dermatologie*, 1913, annoté par JODASSOHN) utilise déjà pour les ulcérations récidivantes vulvaires la dénomination : ulcères neurotiques. Il signale — et cela nous paraît très intéressant — que les ulcères aphtheux à répétition de la bouche surviennent chez les dyspeptiques et les diabétiques à la suite de fatigues et d'émotions.

CAROL a constaté une emprise hépatique qui, paraît-il, n'est pas le fait d'une simple coïncidence, chez les femmes atteintes d'ulcères de la vulve et de la muqueuse buccale.

Souvenons-nous que nos trois malades, s'ils n'étaient pas diabétiques, n'étaient pas exempts, cependant, de troubles digestifs. Ces troubles ont entraîné à leur tour une chute plus ou moins importante de l'état général.

On se rappelle la précarité de celui-ci chez le malade dont nous rapportons personnellement l'observation.

Insistons maintenant sur un fait qui nous paraît propre à clarifier le problème du rapprochement des deux syndromes que nous nous sommes proposé de présenter.

Les manifestations cliniques que nous envisageons ne sont pas l'apanage exclusif d'un sexe. Le nouveau syndrome : iritis, aphtes, ulcères génitaux, que les dermatologistes ont décrit chez la femme, se voit aussi bien, et d'une façon récidivante, comme nous l'avons dit, chez l'homme.

D'autre part, l'iritis récidivante à hypopion, que certains ophtalmologistes considèrent comme propre au sexe masculin, s'observe aussi bien et, d'après WEEKERS et Mlle REGINSTER, d'une façon typique, chez la femme.

Quant aux manifestations oculaires, s'agit-il bien en réalité, dans l'un comme dans l'autre cas (syndrome féminin, iritis récidivante à hypopion), des mêmes lésions?

Bien que cela nous paraisse peu douteux, il est bien difficile de se faire une opinion, pour diverses raisons. Le syndrome décrit par les dermatologistes est de date récente. Il s'agit d'une affection assez rare. Les observations publiées sont peu nombreuses; elles manquent souvent de descriptions détaillées concernant les lésions oculaires. Cependant, quand les publications sont suffisamment explicites à ce sujet (TROUSSEAU, BEHÇET, WEEKERS et Mlle REGINSTER), on peut se rendre compte que

les lésions oculaires dans le syndrome féminin sont exactement les mêmes que celles de l'iritis récidivante à hypopion.

*
**

Quelle est la dénomination qui convient le mieux pour désigner cette affection?

Le moyen le plus rationnel de caractériser la maladie consisterait évidemment à la désigner par sa cause, mais nous ne possédons encore aucune certitude à ce sujet. Force nous serait donc faite de ne recourir qu'à des caractères symptomatiques.

WEVE insiste très justement sur les lésions oculaires qui ne constituent pas qu'une iritis ou une iridocyclite, mais une uvéite.

L'hypopion récidivant est un des signes cliniques les plus apparents : il ne suffit pas à lui seul à identifier l'affection; on l'observe aussi dans d'autres infections telles que : gonococcie, rhumatisme, etc.

WEEKERS et Mlle REGINSTER, se basant sur ces différentes considérations, proposent l'appellation « uvéite allergique récidivante à hypopion », qui leur paraît la plus conforme aux faits actuellement connus.

A notre avis, la nature allergique de cette affection n'a pas été suffisamment démontrée. D'autre part, la dénomination proposée par ces deux auteurs ne laisse aucune place aux signes cutanés de l'affection et est ainsi, à notre avis, insuffisante.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur ce syndrome, nous ne pouvons faire plus que de lui réserver une appellation d'attente, qui se bornera à en rappeler la symptomatologie : « uvéite récidivante à hypopion s'accompagnant de réactions cutanées et muqueuses ».



CONCLUSIONS

1. — Nous venons de rapporter des cas d'une maladie caractérisée par une triade symptomatique : iritis, ulcères génitaux, aphtes de la bouche.

2. — Il existe une parenté entre les syndromes : iritis, manifestations cutanées et muqueuses, chez la femme et iritis récidivante à hypopion, manifestations cutanées et muqueuses, chez l'homme.

3. — L'iritis récidivante à hypopion s'observe aussi bien chez la femme que chez l'homme.

4. — Les ulcères génitaux et les aphtes de la bouche sont peu graves et suivent la marche de l'affection oculaire.

5. — L'étiologie de ce syndrome reste encore obscure. Des travaux plus importants seraient nécessaires pour la clarifier.

6. — Le syndrome, dans ses lésions oculaires, consiste généralement, non seulement en une iritis ou une iridocyclite, mais en une uvéite.

7. — Les appellations précédemment utilisées semblent toutes n'avoir insisté que sur l'un des symptômes

du syndrome, la meilleure ayant été : iritis récidivante à hypopion.

8. — La nature allergique n'étant pas suffisamment démontrée, l'appellation : « uvéite allergique récidivante à hypopion » nous semble prématurée.

9. — Nous insistons sur les manifestations muqueuses et cutanées qui accompagnent ces iritis, et proposons une appellation d'attente : « uvéite récidivante à hypopion s'accompagnant d'ulcérations génitales et buccales ».

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse.*
VELTER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

115